Beiträge

zur

Complikation der Gravidität

durch

Ovarialtumoren.

Inaugural-Dissertation

von

Dr. med. Rudolf Pürckhauer

approb. Arzt.

WÜRZBURG.

V. N. Seubert's Buchdruckerei.

1900.

Beiträge

zur

Complikation der Gravidität

durch

Ovarialtumoren.

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

VORGELEGT VON

RUDOLF PÜRCKHAUER

AUS BEROLZHEIM.

Beiträge

zur

Complikation der Gravidität durch Ovarialtumoren.

Wenn man die älteren und neueren Statistiken der geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken verfolgt, wird man zu dem Schluss kommen, dass es ein relativ seltenes Vorkommnis ist, wenn Schwangerschaft durch Ovarialtumoren kompliziert ist. Während Ohlshausen unter 17832 Geburten vom Jahre 1874—1894 nur 20 derartige Fälle beobachtete, liefert das poliklinische Journal von Martin unter 36138 Kranken, welche er bis 1895 behandelte, nur 65 Fälle von Ovarialtumoren bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft, also nur 1,5 %. Die Frage der Complikation der Schwangerschaft durch Eierstocksgeschwülste ist nicht mehr neu, schon im Jahre 1860 veröffentlichte Jetter 165 Fälle und brachte dadurch die Frage der Therapie bei derartigen Vorkommnissen zur Diskussion; ihm folgten im Laufe der Zeit Dsirne mit 135, Heiberg mit 271, Péan mit 158 und ganz neuerdings Lonquoist mit 205 und Sir John Williams mit 375 Fällen — ein Zeichen, dass diese Complikationen das Interesse der medizinischen Welt stark in Anspruch nahm und noch nimmt. Es ist denn auch von den zahlreichen Autoren die Therapie in ihren Grundzügen festgestellt; immerhin stehen auf diesem

Gebiete noch einige interessante Fragen zur Beantwortung aus, zu deren Lösung vielleicht die später von mir anzuführenden zwölf Fälle einiges beitragen können.

Bevor ich jedoch darauf eingehe, diese Fälle zu beschreiben, sei es mir gestattet, die jeweiligen Ansichten über die Frage der Ovariotomie bei Schwangeren kurz zusammenzufassen.

Bei allen geburtshilflichen Operationen handelt es sich für den Arzt um die Erhaltung zweier Menschenleben, die in Gefahr stehen, das Leben der Mutter und das des Kindes. Er muss sich daher, bevor er zu einem operativen Eingriff sich entschliesst, klar sein, ob er die beiden Leben retten oder, wenn das nicht mehr möglich ist, ob er wenigstens das kostbarere erhalten kann, das der Mutter. Und so drängt sich denn auch ihm, nach einer klar gestellten Diagnose auf Schwangerschaft kompliziert durch einen bestehenden Ovarialtumor, die Frage auf, d a r f man ohne Beeinträchtigung des Lebens der Mutter und des Kindes operieren oder m u s s man im Gegenteil zur Operation schreiten, welche Vorteile bietet ein aktives Vorgehen und welche Nachteile ein exspektatives Verhalten für Mutter und Kind? Ich werde zunächst auf die Frage der Gefahren bei exspektativem Verhalten für das Leben der Mutter eingehen. Meist treten schon sehr frühe die lästigsten subjektiven Beschwerden für die Trägerin von Ovarialtumoren während der Schwangerschaft auf, die hauptsächlich durch die Raumbeschränkung infolge des Wachstums des graviden Uterus mit der bestehenden Geschwulst bedingt sind. Das Zwerchfell wird in die Höhe gedrängt, wodurch Dyspnoe ausgelöst wird, Druck auf Blase und Darm infolge Retroflexion und Incarceration des Uterus

und Tumors, Oedeme in den unteren Extremitäten, peritonitische Reizungen machen das Leben für die Patientin oft unerträglich.

Dass ein schnelleres Wachstum des Tumors während der Schwangerschaft vorkommt, wird neuerdings von einigen Autoren bestritten, andere ältere wollen eine derartige Beeinflussung in mehreren Fällen beobachtet haben. Es ist doch wahrscheinlich, dass das während der Schwangerschaft in überaus reichlichem Mase zum Uterus fliessende Blut auch der Ovarialgeschwulst zu gute kommt, wie es bei den Complikationen von anderen Tumoren während der Schwangerschaft auch der Fall ist.

Eine weitere Gefahr für das Leben der Mutter liegt in der Stieldrehung des Tumors. Wenn auch nach den neueren Forschungen die Ansicht, dass Stieldrehung während der Schwangerschaft nicht häufiger eintritt als ausser derselben, mehr und mehr Platz greift, so ist doch unbedingt zuzugeben, dass die Gefahren der Ruptur der Cyste oder der Nekrose ihrer Wand bedeutend grösser sind als ausser der Schwangerschaft. Neptoen und Aronson rechneten 40—50 % Rupturen der Cyste aus mit nachfolgendem exitus; doch ist das sicher zu hoch gerechnet; denn Williams fand z. B. unter 375 Fällen von Schwangerschaft mit Eierstocksgeschwülsten nur 3,5 % und Schaute beobachtete mehreremal Cystenruptur während der nämlichen Schwangerschaft, ohne dass Gefahr für Mutter und Kind eingetreten wäre. Was die maligne Degeneration des Tumors während der Schwangerschaft betrifft, so scheint dieser Umstand doch wohl nur selten einzutreten; von einigen Gynäkologen sollen maligne degenerierte Cysten beobachtet worden sein, ob aber dieselben durch die Schwangerschaft in dieser Weise beeinflusst wurden,

kann doch nicht ohne Weiteres behauptet werden. Um so häufiger treten Verlöthungen und Verwachsungen mit den benachbarten Organen ein, deren Lösung die Operation oft sehr schwierig machen.

Ist nun die Trägerin von Eierstocksgeschwülsten schon während der Schwangerschaft den verschiedensten Unannehmlichkeiten und Gefahren ausgesetzt, so kann sie das auch während des Geburtsaktes sein. Betrachten wir einige Statistiken früherer Zeit! Heiberg konstatiert, dass über $^1/_4$ aller Mütter während der Geburt bei derartigen Complikationen zu Grunde gingen, Jetter und Sitzmann fanden sogar 30 und 40 % Mortalität der Mütter bei spontan verlaufenen und künstlich beendeten Geburten. Doch macht schon Ohlshausen darauf aufmerksam, dass diese Zahlen wesentlich durch die geläuterten Anschauungen über die Behandlung von ihrem Gewicht verloren hätten.

Die Gründe für den letalen Ausgang liegen entweder in der spontanen Ruptur der Cysten oder direkt in dem Hindernis, das sie der Beendigung der Geburt entgegensetzen. Aus Mc. Kerron's Tabellen ersehen wir, dass in 183 Fällen 15mal Ruptur der Cyste eintrat mit tötlichem Ausgang für 9 Mütter. Kleinere Geschwülste brauchen, auch wenn sie vor dem Uterus liegen, bei geeigneter Behandlung die Geburt in keiner Weise zu beeinflussen.

Auch im Wochenbett lauern noch grosse Gefahren, die das Leben der Mutter bedenklich in Frage stellen können. Hier ist es wieder die Stieldrehung, die hauptsächlich in Betracht kommt und zwar findet dieselbe mehr bei grösseren als bei kleineren Tumoren statt; dieselben wurden während der Schwangerschaft von dem sich vergrössernden Uterus mit in die Höhe gezogen,

während der Stiel natürlich gedehnt wurde; hat sich nun der Uterus entleert, so ist wieder für den Tumor im Becken Platz geschaffen, der nun, wenn er nicht zugleich stark gewachsen ist, in das Becken zurücksinkt und so leicht Stieldrehung erfahren kann. Kann die Cyste infolge ihrer Grösse dem sich kontrahierenden Uterus nicht folgen, so wird der Stiel gezerrt, der Effekt ist ähnlich wie bei der Torsion, die Blutzu- und abfuhr zum Tumor ist stark behindert. Ist die Stieldrehung eine plötzliche, so treten sofort die schwersten Zustände bei der Patientin auf; heftige krampfartige Schmerzen. andauerndes Erbrechen, starkes Anschwellen des Abdomens mit peritonitischen Erscheinungen. Es ist in diesen Fällen, die nicht zuvor schon vom Arzt auf Ovarialtumor diagnostiziert wurden, sehr schwierig, die Diagnose richtig zu stellen; es ist aber doch im Interesse des Lebens der Patientin ein unbedingtes Erfordernis, dieselbe richtig zu stellen, um dementsprechend die Therapie einrichten zu können. Hiefür sind die beiden von Herrn Prof. Hofmeier operierten und von mir anzuführenden Fälle II. und IV. besonders instruktiv. Ist die Stieldrehung eine allmähliche, so werden die schon oben erwähnten, durch schlechte Blutzufuhr bedingten, Degenerationen an der Oberfläche des Tumors die Folge sein. Vereiterungen der Ovarialcysten sind nicht selten, so konnte Lawrence 7mal derartige Beobachtungen während des Wochenbettes machen. Die Infektion geschieht höchstwahrscheinlich von den Genitalien aus.

Nachdem ich nun die hauptsächlichen für das Leben der Mutter in Frage kommenden Gefahren angeführt habe, wende ich mich zu der Frage: Welche Gefahren bietet ein exspektatives Verhalten für das Leben des Kindes?

Die Statistik Jetter's giebt an, dass von 615 Schwangerschaften infolge bestehender Ovarialtumoren spontaner Abort in 17% eingetreten ist, während Heiberg nachweist, dass von 271 ausgetragenen Kindern $^2/_3$ während der Geburt zu Grunde gingen. Diese Zahlen allein genügen, um ein exspektatives Verhalten auch im Interesse des Kindes zu verwerfen, noch dazu, wenn wir erfahren, dass der Abort nach ausgeführter Laparotomie auch nicht häufiger eintritt, als bei exspektativem Verhalten, dass im Gegenteil von Gynäkologen wie Flaischlen und Martin drohende Aborte durch Ovariotomie direkt aufgehalten wurden. Hier sei noch bemerkt, dass der durch Ovarialtumoren bedingte Abort meist sehr langsam vor sich geht.

Wenden wir uns nun zur Therapie bei Ovarialtumoren in der Schwangerschaft. Während man früher entweder die Entleerung des Uterus oder die Punktion vornahm, hat man sich in neuerer Zeit der radikalen Methode, der Ovariotomie, zugewandt.

Wird die Hilfe des Arztes schon während der Schwangerschaft angegangen und diagnostiziert derselbe nebenbei eine Eierstocksgeschwulst, so hat er unter Rücksichtnahme der obenerwähnten Gefahren für Mutter und Kind in den meisten Fällen die Pflicht, der Patientin die Operation anzuraten. Und zwar soll dieselbe nach Schröder so bald als möglich ausgeführt werden; denn mit dem Zuwarten wachsen die technischen Schwierigkeiten der Ovariotomie; ferner soll jeder spätere Schwangerschaftsmonat die Ausstossung der Frucht eher begünstigen als ein früherer.

Die neueste Statistik Martin's giebt an, dass von 95 Fällen 76 operiert wurden und zwar 55 in graviditate, 2 in partu und 19 post partum (davon 2 post ab-

ortum); davon starben 2: eine an Shock nach sectio caesarea, die andere 10 Tage post operationem an Sepsis. Ohne Operation trugen aus 17, bei welchen auch intra partum eine Operation nicht für nötig erachtet wurde.

In den Jahren 1896 und 1897 sind nach Martin 55 Fälle von Ovariotomie intra gravididatem und einer Mortalität von 3,6 % berichtet worden; hiebei trat nur 4 mal Abort, 8 mal Frühgeburt, 43 gebaren normal, während nach Mc. Kerron's Zusammenstellung bis 1870 25 % der Mütter und 60,5 % der Kinder starben.

Die Punktion während der Schwangerschaft ist nur dann berechtigt, wenn die Kranken infolge der Grösse der Cyste an den oben erwähnten lästigen Beschwerden leiden und eine Ovariotomie aus gewissen Gründen, z. B. schwerer Allgemeinerkrankung, nicht ausgeführt werden kann. Ganz ungefährlich darf sie nicht bezeichnet werden, abgesehen davon, dass sie nur einen vorübergehenden Erfolg zeitigt. Wenn sie nicht mit allen aseptischen und antiseptischen Cautelen ausgeführt wird, so liegt die Gefahr der Infektion eminent nahe; ferner kann es leicht zu intracystösen Blutungen kommen, auch sind Fälle bekannt, wo statt des Tumors der Uterus punktiert wurde.

Fritsch empfiehlt an Stelle der Punktion die Incision der Cyste; er spaltet das hintere Scheidengewölbe und vernäht die Cystenwand mit den Wundrändern, darauf incidiert er die Cyste; er will davon noch keine Nachteile gesehen haben, jedoch gründliche Entleerung der Cyste. Ob Fritsch aber durch seine Methode eine dauernde Verödung erzielt, ist nach Flaischlen sehr fraglich, während die Gefahr der Infektion sicher nicht ferner gerückt wird.

Die Einleitung der Frühgeburt zeigt nach Vinay keine besseren Resultate als die Ovariotomie; er giebt 4,09 % Mortalität an, während Ramsdor 19 % Todesfälle beobachtete. Da auch dieses Verfahren den Tumor nicht aus der Welt schafft, der bei einer neuen Schwangerschaft die nämlichen Unannehmlichkeiten macht als früher, so ist die Ovariotomie entschieden vorzuziehen.

Wird der Arzt während der Geburt erst gerufen und findet er als Geburtshindernis einen Ovarialtumor, so wird er zunächst die Reposition der Geschwulst aus dem kleinen Becken entweder per vaginam oder per rectum hinter den Uterus hin versuchen, was bei geeigneter Lagerung der Patientin oft leicht auszuführen ist. Doch soll man die Reposition wegen der Gefahr der Ruptur der Cyste nie forciert anwenden. Gelingt die Reposition, so wird man, wenn die Verhältnisse für Mutter und Kind günstig sind, die Geburt ihren physiologischen Fortgang nehmen lassen; treten Complikationen ein, so wird man zu den gewöhnlichen Mitteln für die Beendigung der Geburt schreiten. Gelingt die Reposition nicht, so muss man die Geschwulst selbst angreifen. Der Gynäkologe wird wohl meist gleich die Ovariotomie machen, der praktische Arzt hingegen, bei dem die Verhältnisse weniger günstig liegen, wird immer noch zur Punktion oder Incision seine Zuflucht nehmen, er wird sich aber bewusst sein müssen, dass sich die Cyste bald wieder füllt und eine weitere Ovariotomie notwendig ist. Die Gefahren der Punktion sind schon oben erwähnt.

Ist während der Entbindung der Tumor geplatzt und hat sich dabei der Inhalt in die Bauchhöhle ergossen, oder hat eine intracystöse Blutung stattgefunden oder sind sonst üble Zustände eingetreten, so thut man

nach den neuesten Anschauungen am besten, die Laparotomie sofort anzuschliessen. Im Übrigen wartet man bis sich die Wöchnerin so weit erholt hat, dass sie eine Operation gut überstehen kann.

Es soll nun im Folgenden meine Aufgabe sein, die von Herrn Prof. Hofmeier mir überlassenen 12 Fälle kurz zu beschreiben.

Fall I. Fr. L., 24 Jahre alt. Tumor ovarii dextr. Gravidit. mens. VI—VII.

Pat. 1. p. gebar vor $^3/_4$ Jahren. Letzte Menstruation: Anfang Februar. Das Abdomen soll die ganze Zeit über auffallend gross gewesen sein; in der letzten Zeit ganz besonders. Pat. erbricht fast Alles; Abdomen kolossal gespannt, trommelartig, überall sehr schmerzhaft; in den letzten Tagen andauernd Fieber.

Status in Narkose: Cervix weit nach hinten stehend, in einen weichen Tumor nach vorn übergehend. Links und unten tympanitischer Schall, ebenso rechts unten; man fühlt nach links herüber den abgrenzbaren Rand eines soliden Tumors.

Operation am 13. VIII. 86. Bei Eröffnung der Bauchdecken überall starke Blutung, es präsentiert sich ein bläulich verfärbter, etwas nekrotisch aussehender, ungemein praller, grosser Tumor, von dem nach unten ein weicher kleiner zu fühlen ist (der schwangere Uterus). Vorne überall leichte peritonitische Verwachsungen und eine breite feste Verwachsung mit dem Netz, welche in 3 Partieen abgebunden wird. Der Tumor durch Punktion mehrerer kleinerer und grösserer Cysten wesentlich verkleinert (es entleert sich eine fade riechende, blutige Flüssigkeit) lässt sich nun vorziehen und erweist sich von den rechten Anhängen ausgehend, $1^1/_2$ mal fest um seine Achse gedreht und ungemein hyperämisch, so dass

die Tube als ein blauschwarzer, kindsarmdicker Strang daliegt; der Stiel, in 4 Partieen unterbunden, zeigt die kolossalen Gefässe überall trombosiert. Die linken Anhänge sind frei, der weiche gravide Uterus liegt ganz auf der linken Seite.

Verlauf vollkommen ungestört und glatt. Patientin wird frisch und gesund entlassen.

Fall II. Fr. M., 32 Jahre alt. Tumor ovar. dextr. Peritonit.

Pat. vor 3 Wochen entbunden, stand am 2. Tag auf, fühlte einen heftigen Schmerz und bekam einen dicken Leib und Fieber. Abdomen seitdem andauernd geschwollen, heftige Schmerzen, andauernd Erbrechen, 2 mal punktiert.

Status: Temp. 39,5. Puls 130—146, sehr klein. Abdomen sehr aufgetrieben, fluktuierend prall, man fühlt darunter einen härteren, grossen Tumor; links unten überall Darmschall. Portio stark aufgelockert, Uterus absolut nicht durchzufühlen. Links eine diffuse, weiche Anschwellung.

Operation am 9. IX. 86. Beim Eröffnen des Abdomen ergiessen sich Ströme von stark blutig seröser Flüssigkeit mit schmutzigen Fibrinflocken; dahinter ein grosser, etwas nekrotischer Tumor, der hoch im Abdomen liegt; nach Punktion wird derselbe bedeutend durch Entleerung zahlreicher Cysten von innen verkleinert und vorgezogen, wobei die zahlreichen Verwachsungen sich lösen. Er erweist sich mit einem breiten Stiel von rechts ausgehend. Stiel $1^1/_2$ mal fest torquiert, wird in 3 Partieen unterbunden, kolossale Gefässe. Tumorinhalt ebenfalls sehr bläulich schmutzig. Die Därme sind unter einander und nach links vom Uterus und mit diesem sehr fest verwachsen. Das ganze Bauchfell zeigt die

peritonitischen Erscheinungen. Schwarten sind nicht alle zu entfernen. Reinigung der Bauchhöhle. Verschluss. Jodoformcollodiumverband.

Verlauf ganz glatt. Pat. erholt sich sehr rasch.

Fall III. Fr. Sp., 30 Jhr. alt. Tumor ovar. dextr. Gravidit mens. IX.

Seit Januar gravid. Seit einigen Wochen heftige Schmerzen in der rechten Seite.

Status: Rechts neben dem sehr schlaffen und graviden Uterus ein kindskopfgrosser, praller Tumor, der auffallend tief und weit nach hinten liegt, wenig beweglich. Vom Uterus scheint ein breiter Stiel zum Tumor überzugehen.

Operation am 2. IX. 87. Nach Spaltung der sehr dünnen Bauchdecken präsentiert sich der schlaffe gravide Uterus; der Tumor zeigt sich von den rechten Anhängen ausgehend durch einen auffallend dicken und breiten Stiel mit der rechten Uteruskante verbunden; vorn überall glatt und frei ist er hinten vielfach und sehr fest mit dem Darm verwachsen; bei vorsichtiger Lösung bricht der Finger ein und es quillt reichlich, scheusslich nach Fettsäuren stinkender Eiter heraus. Die Cystenwand sehr stark entzündlich verdickt. Lösung der Adhäsionen ungeheuer schwierig; schrittweises Abbinden der sehr verdickten und kurzen Verbindung mit dem Uterus; dabei wiederholt starke arterielle Blutung vom Tumor. Die Basis des Tumors nach unten ist ganz besonders fest und schwer zugänglich. Doppelsutur. Beim Abglühen springt eine grosse Arterie, die eben noch mit Mühe mit der Klammer gefasst wird. Umstechung in der Tiefe sehr schwer. Beim Abnehmen der Klammer abermalige Blutung; der gravide Uterus muss herausgenommen werden und wird in Jodoformgaze einge-

schlagen. Blutung steht. Uterus reponiert. Naht mit sehr zahlreichen, eng an einander liegenden Suturen wegen der ausserordentlichen Dünne der Bauchdecken. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunden. Jodoformverband.

Verlauf: Die ganze Nacht hindurch mässige Wehen, plötzlich um 8 h Morgens Ausstossung der Frucht in dem ganzen Ei. Bei Hinzukommen ärztlicher Hilfe Kind bereits tot. Keine Blutung.

Am 12. Tag Durchbruch eines intensiv stinkenden Exsudates; Temperaturabfall; plötzliche Verschlimmerung am 14. IX. Exitus letal. am 17. IX.

Sectio: Peritonit. purul. univeral.

Fall IV. Fr. L., 27 Jahre alt. Tumor ovar. dextr.

Pat. 1. p. wurde am 16. I. 88 von einem kleinen Kind spontan entbunden. In der Gravidität starke Schmerzen im Unterleib. Nach Geburt des Kindes bleibt der Leib dick, so dass ein II. Zwilling vom Arzt und Hebamme vermutet wurde. Nach einigen Tagen Punktion unterhalb des Nabels; es entleert sich nur etwas blutige Flüssigkeit. Abdomen wuchs dann stärker, Füsse schwellen an. Pat. fiebert; keine Schmerzen, kein Erbrechen.

Status: Temp. 39,4, Puls 130—140, sehr elend. Abdomen sehr stark (110 cm.) aufgetrieben; Bauchdecken ödematös, ebenso Füsse. Aussehen stark kachektisch. Urin eiweissfrei.

Operation 31. I. 88. Schnitt dringt gleich in den Tumor, aus welchem sich bräunliche Flüssigkeit entleert; vorne überall mit dem Peritoneum verwachsen, aber leicht löslich; in der Tiefe Entleerung grösserer Cysten; intensiv stinkender, dünnflüssiger Inhalt, Abbindung des einmal ganz um seine Achse gedrehten

Stieles; dann lässt sich der kolossale, z. T. morsche, z. T. noch frische Tumor vorziehen; breiter von rechts ausgehender Stiel; Ligatur um den Stiel und Abtragen desselben. Unterbindung der Gefässe in der Schnittfläche; Reinigung der Bauchhöhle. Linkes Ovarium normal; sorgfältige, mehrfache Desinfektion: Schluss der Bauchwunde. Jodoformverband. Dauer der Operation 1 Stund. Tumor-malignes Euchondrom. Nach 2 Tagen exitus letal.

Sectio: Peritonitis.

Fall V. Fr. H. K., 30 Jahre alt, wird aus der Poliklinik gebracht. 2. p. Letzte Menstruation: Mitte März. L. part. forceps wegen Sinkens der Herztöne unter 100.

Status am 22. XII., 11 h nachts: Kopf hoch über dem Becken, Rücken links oben, Steiss rechts, kleine Teile nicht zu fühlen, Uterus in stetiger Contraction.

Innere Untersuchung in Narkose: Port. vag. nach links und vorne dislociert; äusserer Muttermund für 2 Finger durchgängig, Cervicalkanal 3 cm. lang, innerer Muttermund für 1 Finger durchgängig; man fühlt Placentargewebe, welches sich nach links liegend erweist und bei der Untersuchung blutet. Neben dem Placentargewebe mehr nach rechts kommt man auf den Kopf. Die Dislokation der Port. vag. ist bedingt durch eine ungefähr 2 doppelfaustgrosse, sich weich anfühlende, cystische Geschwulst, welche den ganzen Douglas ausfüllt und mit der Rückseite des Cervix und Uterus durch eine Art strangförmige Verbindung zusammenhängt.

Die Diagnose wird auf: **parovariale, intraligamentäre Geschwulst** gestellt und, um das Eintreten des Kopfes zu erleichtern, punktiert. Die Punktion ergiebt $^1/_2$ ltr. rein wässriger, leicht opalescierender Flüssigkeit. Mit

dem Abfliessen derselben collabiert die Geschwulst und die Port. vag. stellt sich in ihre ursprüngliche Lage wieder ein. Um 1 h 15 M. morgens starke Blutung, welche nach Einführen eines Gazetampons nicht steht; infolge dessen wird die combinierte Wendung auf dem Fuss gemacht. Der Fuss wird angeschlungen, wodurch die Blutung sistiert. Die Geburt wird sich nun selbst überlassen; nach kräftigen Wehen Geburt eines toten Kindes. Da es nach Ausstossung des Kindes noch blutet, wird die Placenta durch Crédé entfernt; derselben haftet reichlich Blutgewebe an.

Verlauf: Das Wochenbett zeigt eine Reihe Temperaturschwankungen. Pat. weigert sich, operieren zu lassen und verlässt am 22. I. 93 auf eigene Verantwortung die Klinik.

Befund bei der Entlassung: Perimetr. Exsudat, welches den ganzen Douglas ausfüllt und den Uterus vollständig fixiert.

Fall VI. Privatpat., daher im poliklin. Journal keine Aufzeichnungen. Herr Dr. Schnell hatte die Güte, mir hierüber folgendes mitzuteilen:

Junge Frau, I. p., will nie krank gewesen sein, kreisst seit mehreren Tagen; neben einem jungen Arzt wird ein anderer gleich im Beginne hinzugezogen. Man findet eine nicht klare Sachlage; daher wird als dritter ein Frauenarzt aus Würzburg gebeten. Dieser konstatiert einen Tumor, welcher von rechts her den Beckeneingang teilweise überlagert und dem nach links abgewichenen Kopf der Frucht den Eintritt ins Becken verwehrt. Consiliarius glaubt, mit dem Fortgang der Geburt werde sich dieser Tumor spontan zurückziehen und den Beckeneingaug freigeben; es wird abgewartet. Man lässt — genau kann die Zahl nicht mehr angegeben

werden — aber mindestens 1—2 Tage verstreichen. Während dieser Zeit wird Morph. subcutan verabreicht. Plötzlich Änderung der Sachlage. Das Abdomen beginnt zu schwellen; die Kreissende wird ruhiger; die Ärzte ahnen Schlimmes. Telegramm an die Frauenklinik.

Herr Dr. Schnell findet: Grosse, kräftige Frau, Mitte der 20er Jahre. Puls regelmässig, kräftig. Temperatur normal. Allgemeinbefinden subjektiv gut; keine Klage. Abdomen mässig aufgetrieben, kaum druckempfindlich. Palpation des Uterus und seines Inhaltes unmöglich. Kindliche Herztöne normal. Kopf gut in Beckenmitte, mässige Kopfgeschwulst. Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser; kleine fontanelle links, grosse nicht mehr zu erreichen. Äusserer Muttermund gänzlich oberhalb des Kopfes. Von einem Tumor nichts nachweisbar. Narkose. Forceps: Lebendes, nicht aspyktisches Kind. — Kontrolle der 3. Periode sehr erschwert; wegen der Auftreibung der Darmschlingen ist der Uterus für die Palpation nicht zugänglich. Puls bleibt noch gut. Placenta vollständig nach $^3/_4$ St. geboren.

Von nun an verschlechtert sich das Allgemeinbefinden mehr und mehr, wenn auch ganz allmählich. Epigastrisches Oppressionsgefühl, Erschwerung der Inspiration. Zunahme der Pulsfrequenz, Abnahme seiner Stärke. Analeptica. Es wird die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf geplatzten Ovarialtumor gestellt und deshalb die Laparotomie vorgeschlagen (das Instrumentarium war für solche Eventualitäten zur Hand). Die behandelnden Ärzte in Gemeinschaft mit dem Ehemann waren dagegen. Morgens zwischen 2 und 3 Uhr Exitus.

Sectio: Serosa der Darmschlingen allenthalben gerötet und leicht getrübt; noch keine Verklebungen und fibrinösen Auflagerungen. Im Abdomen eine schmutzig

gelbliche, teilweise flockige Flüssigkeit. Zwischen den unteren Darmpartieen eine kleinkinderfaustgrosse Menge von blonden langen Haaren, unter einander verklebt, mit erstarrtem Dermoidtalg. Keine sonstigen Epidermisprodukte. Rechts eine dem Ovarium zugehörige, geplatzte leere, uniloculäre Cyste mit schlaffer Wand. Reconstruiert dürfte sie kaum die Grösse des neugeborenen Kopfes gehabt haben. Der Cysteninhalt hatte den fadsauren Geruch des Dermoidinhaltes..

Fall VII. Fr. A. R., 43 Jahre alt. Torquierte Ovarialcyste. Gravidit. mens. II—III.

XIII. p. part. ult. vor 3 Jahren. Geburt spontan. Letzte Periode vor 7 Wochen. Seit 3 Wochen klagt Pat. über Kreuzschmerzen, sowie über ziehende Schmerzen zu beiden Seiten des Abdomens. Seit dieser Zeit stärkere Zunahme des Leibes; Beschwerden beim Wasserlassen.

Befund: Abdomen aufgetrieben durch einen prallelastischen, cystischen Tumor, der etwa handbreit bis über den Nabel reicht. Die ganze Palpation des Abdomen ziemlich empfindlich. Umfang des Abdomen 105 cm. Percussionsschall auf der Höhe des Abdomen ziemlich gedämpft; nach oben und nach den Seiten zu tympanitischer Schall.

Innerer Befund: Uterus retroflektiert und retroponirt nicht vergrössert, die Geschwulst liegt fest auf der vorderen Wand des Uterus; hinteres Scheidengewölbe vorgewölbt; in demselben sind knollige Massen zu fühlen.

Operation am 20. IX. 98. Nach Spaltung der Bauchdecken zeigt sich, dass der Tumor im Bereich des Schnittes mit dem Peritoneum verwachsen ist, so dass die Grenze zwischen Tumorwandung und Peritoneum

schwer zu finden ist; im weiteren Verlauf zeigt sich, dass der Tumor ziemlich in seiner ganzen Ausdehnung mit Peritoneum, Netz und Darm verwachsen ist. Die Verwachsungen lassen sich jedoch verhältnismässig leicht lösen, nur mit dem Coccum und der Proc. vermif. besteht eine etwas festere Verwachsung, die sich jedoch auch stumpf durchtrennen lässt. Nachdem so der Tumor freigemacht ist, kann man erkennen, dass derselbe von den rechten Adnexen ausgeht. Da die Probepunktion blutig-seröse Flüssigkeit entleert, wird die Cyste eröffnet. Der Stiel, der $2^1/_2$ mal torquiert ist, wird provisorisch mit einer Klemme abgeklemmt und der Tumor abgetragen. Zunächst Vernähung der Verwachsungsstelle zwischen Tumor und Darm mit Catgut; Abbinden des Stieles mit 3 Seidenknopfnähten und isolierte Unterbindung der Gefässe. Der Uterus ist faustgross, weich; linke Adnexe, ohne Besonderheiten, bleiben zurück. Schluss der Bauchwunde. Jodoformcollodiumverband. Verlauf normal.

Entlassung am 12. X. 98. Befund: Wunde in der ganzen Ausdehnung glatt und linear geheilt. Uterus deutlich vergrössert, frei beweglich; in seiner Umgebung keinerlei Exsudatbildung zu fühlen.

Fall VIII. Frau K., 32 Jahre alt. Cystoma ovar. dextr.

II. p. P. u. 3. IX. 98. Im Verlaufe beider Schwangerschaften traten in den ersten 3 Monaten und gegen Ende der Schwangerschaft „Krämpfe“ auf, die sich im Kreuz und Unterleib fühlbar machten. Letzte Periode vor der letzten Schwangerschaft. Wegen den obengenannten Beschwerden sucht Pat. ärztliche Hilfe. Pat. stillt ihr Kind.

Befund in Narkose: Uterus auffallend klein; anteflektiert, abnorm beweglich. Linke Adnexe deutlich palpabel. Rechts neben dem Uterus, von demselben deutlich abgrenzbar, liegt eine etwa kindskopfgrosse, cystische Geschwulst, auf die die Anhänge deutlich palpabel herüberziehen.

Operation am 10. XI. 98. 3 querfingerbreiter Schnitt oberhalb der Symphyse, in der lin. alba. Bauchhaut schlaff. Es zeigt sich sofort die vollkommen glatte, allseitig freie Geschwulst, aus welcher sich bei der Punktion reichlich, ziemlich dünne, colloide Flüssigkeit entleert. Die Geschwulst wird hervorgezogen und erweist sich mit einem ziemlich breiten Stiel von den rechten Anhängen ausgehend. Sie wird in 2 Partieen mit Seide abgebunden und nach Abgleiten die eine Ligatur noch einmal mit Seide abgebunden. Das linke Ovarium erscheint normal und bleibt zurück. Schluss der Bauchwunde durch 2 tiefe Silberdrähte und 3fache Catgutnaht (oberste nach Pozzi).

Verlauf: Vollständig normal.

Entlassung 2. XII. 98: Bauchwunde fest und linear vernarbt. Uterus klein und beweglich.

Fall IX. Fr. E. W., 31 Jahre alt. Parovarial-Cyste links. Retroflexis uteri gravid. mens. II—III.

IV. p. P. u. 1. XI. 97. Sämtliche Geburten normal. Während der letzten Schwangerschaft wurde Pat. wegen incarcerierter retroflecio uteri gravidi poliklinisch behandelt. 1. Periode mit 19 Jahren, früher unregelmässig, in der letzten Zeit regelmässig, 4 wöchentlich, 4 Tage lang mit geringen Beschwerden verbunden. Letzte Periode am 8. Sept. 98.

Pat. klagt seit einem Jahr über Druckgefühl im Unterleib, der seit 6 Wochen stärker geworden ist und

kommt jetzt in die Klinik in der Meinung, wieder einen Ring nötig zu haben. Beschwerden beim Wasserlassen hat Pat. nicht.

Befund in Narkose: In der Hälfte des Abdomens fühlt man eine etwa $1^1/_2$ kindskopfgrosse, prall-cystische Geschwulst, die in mässigen Grenzen verschieblich ist. Per vaginam fühlt man den Uterus tief stehen, retroflectiert, vergrössert, sehr weich; von der linken Kante des Uterus zieht ein deutlich fühlbarer Strang auf die Geschwulst herüber.

Operation am 10. XI. 98: Etwa 3 querfinger breiter Schnitt oberhalb der Symphyse; es präsentiert sich sofort die glatte, mit dem Peritoneum überzogene Geschwulst, während der schwangere Uterus in der Tiefe rechts unten liegt.

Bei der Punktion entleert sich eine ganz dünne, wässerig-helle Flüssigkeit und beim Vorziehen der Geschwulst zeigt sich, dass diese vollkommen intraligamentär sitzt, unmittelbar dem linken, aber an sich nicht verändertem Ovarium aufsitzend. Es wird deshalb die Geschwulst unter Zurücklassen des Ovarium aus dem Bindegewebe einfach ausgeschält, was ohne jede Schwierigkeit geschieht. Der zurückbleibende Sack wird mit einigen Catgutnähten verschlossen. Das rechte Ovarium zeigt sich in seinem äusseren Teil ziemlich erheblich vergrössert, sehr derb, wird aber doch zurückgelassen, weil eine Neubildung mit Sicherheit nicht zu erkennen ist. Die in Betracht gezogene Ventrofixation unterbleibt mit Rücksicht auf die bestehende Schwangerschaft. Schluss der Bauchwunde durch 3 tiefe Silberdrähte und 3 fache Etagennaht.

Verlauf: Normal.

Befund bei der Entlassung: Bauchwunde linear und fest; Uterus vergrössert, weich, retroflectiert; kleines Becken frei; Aufrichtung des Uterus und Einlegen eines runden Celluloidpessars.

Fall X. Fr. M. K., 32 Jahre alt. Cystoma ovarii sinistr. Gravidit. mens. V—VI.

III. p. Letzter partus: 1. IX. 97. Seit Sommer dieses Jahres bemerkt Pat. Zunahme des Leibes, ohne Beschwerden dabei zu empfinden. Periode dabei regelmässig von gewöhnlicher Stärke. Pat. stillt ihr Kind, trotz Auftretens der Periode, bis Anfang August. Seit dieser Zeit ist die Periode ausgeblieben und es bestehen Schmerzen im Unterleib, Übelkeit, aber kein Erbrechen.

Befund: Abdomen sehr stark, unregelmässig aufgetrieben, Umfang 115 cm. Perkussionsschall überall gedämpft, nur unterhalb des Rippenbogens und auf der linken Seite tympanitischer Perkussionsschall. Deutliche Fluctuation. An einzelnen Stellen sind härtere Massen durchzufühlen. Bei der inneren Untersuchung fühlt man die sehr grosse und weiche Portio; der Uterus selbst ist isoliert nicht abtastbar. An den unteren Extremitäten, sowie an den abhängigen Bauchpartien geringes Oedem. Urin Spuren von Eiweiss, vereinzelte Cylinder und Epithelien.

Operation am 4. I. 99. Nach handbreiter Spaltung zwischen Symphyse und Nabel präsentiert sich die weissliche, glatte Oberfläche der Geschwulst, welche sich nach Eingehen mit der Hand unten und links vollkommen frei zeigt, während oben und rechts ausgedehnte, mässige, derbe Adhäsionen zwischen der Oberfläche der Geschwulst und der Bauchwand vorhanden sind, die möglichst ausgiebig mit der Hand getrennt werden. Nach Punktion der Hauptcysten entleeren sich reichliche Mengen von

colloider Flüssigkeit; da sich aber die Geschwulst nicht vorziehen lässt, wird der Schnitt zunächst noch etwas verlängert. Der Versuch, die Geschwulst noch weiter zu verkleinern, gelingt nur teilweise, indem die grosse Masse der Geschwulst aus kleinen und kleinsten Cysten besteht; dabei ist die Wand der Geschwulst sehr brüchig, so dass die Geschwulst vielfach zerreisst und colloide Massen sich in die Bauchhöhle ergiessen. Nach Vorziehen der Geschwulst zeigt sich dieselbe mit einem 3 Finger dicken Stiel, der einmal um seine Achse gedreht ist, von der linken Seite des weichen und kindskopfgrossen und augenscheinlich schwangeren Uterus ausgehend. Nach provisorischer Abklemmung des Stieles möglichst sorgfältige Reinigung der Bauchhöhle von den reichlichen Colloidmassen, Unterbindung des Stieles und seiner sehr grossen Gefässe mit Seide, Übernähung des Rumpfes mit Catgut. Nach nochmaliger Reinigung der Bauchhöhle Schluss derselben mit 4 tiefen Silberdrähten und 3 facher Catgutnaht; die oberste subkutan. Jodoformcollodiumverband.

Verlauf: Reaktionslos.

Befund bei der Entlassung: Wunde gut geheilt und fest; auf dem Kreuzbein ein ca. 3 Markstückgrosser Decubitus, dessen Vorhandensein bis vor 3 Tagen Pat. verheimlicht hatte. Uterus etwa in Nabelhöhe, kleines Becken frei.

Fall XI. Fr. B. Sch., 32 Jahre alt. Cystoma ovar. dextr. Gravidit. mens. IV—V.

VI. p.; eine Frühgeburt im 7. Monat, eine Zangengeburt, die übrigen Geburten spontan, darunter einmal Zwillinge. 1. Periode mit 16 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 3—4 Tage lang ohne Beschwerden. Letzte Periode 4 Wochen vor Weihnachten, seitdem klagt Pat.

über zeitweise auftretende Schmerzen im Unterleib. Pat. war in ärztlicher Behandlung. Unmittelbar nach der letzten Entbindung bemerkte Pat. eine Geschwulst im Unterleib, die sich nur langsam vergrössert haben soll.

Befund: Der Uterus steht 3 Querfinger breit unterhalb des Nabels; rechts oberhalb desselben ist eine gut kindskopfgrosse, cystische, sehr leicht bewegliche Geschwulst zu fühlen.

Operation am 9. III. 99. Etwa handbreiter Schnitt in der Höhe des Nabels, gleichweit oberhalb und unterhalb desselben. Die Geschwulst lässt sich ziemlich leicht in das Bereich des Schnittes hineindrängen; sie erscheint bläulich durchschimmernd, wird deshalb punktiert und entleert in reichlicher Menge einen dünnflüssigen Inhalt, worauf sie sich dann leicht vor die Bauchdecken ziehen lässt. Der Stiel ist ziemlich lang, einmal vollständig torquiert, wird in 3 Partieen mit Seide abgebunden. Der schwangere Uterus kommt kaum zu Gesicht, das linke Ovarium zeigt sich als normal, bleibt zurück. Schluss der Bauchwunde durch 4 tiefe Silberdrähte und 3 fache Catgutnaht; die oberste subkutan. Jodoformcollodiumverband.

Verlauf: Reaktionslos.

Befund bei der Entlassung am 30. III. 99: Uterus gross, anteflektiert, etwas nach rechts verlagert, lässt sich aber frei bewegen; kleines Becken frei. Bauchwunde linear und fest.

Fall XII. Fr. Sch., 25 Jahre alt. Ovarial-Dermoid. Gravidit.

II. p. Letzter partus im Juni 1898. Seither Periode regelmässig bis zum 2. II. 99; von da ab gravid. Schon in der ersten Schwangerschaft, vor 4 Jahren, bemerkte

Pat. Schmerzen in der rechten Unterleibsseite; diese Schmerzen traten dann vor 3 Wochen wieder ganz plötzlich auf; starkes Schwächegefühl, keine Blutung. Ein Arzt konstatierte eine Geschwulst.

Befund: Uterus mannskopf gross, weich, anteflektiert, mit seinem rechten Horn durch einen dünnen, langen Stiel zusammenhängend ein reichlich faustgrosser beweglicher Tumor.

Operation 20. V. 1899. 3—4 Querfinger breiter Schnitt in der linea alba, ziemlich weit nach oben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich sofort der gravide Uterus, der ausserordentlich weich ist; rechts daneben, durch einen langen Stiel mit ihm verbunden, ein kleinfaustgrosser, überall freier und sehr beweglicher Tumor, der unverkleinert durch die Bauchwunde herausgezogen wird. Beim Anfassen mit einer Kornzange quillt für die Dermoidcyste charakteristischer Inhalt heraus. Der Stiel wird in 2 Partieen mit Catgut abgebunden und noch einmal unterbunden, sodann versackt. Linkes Ovarium etwas gross, erscheint im übrigen normal, bleibt zurück. Schluss der Bauchwunde.

Verlauf: Reaktionslos.

Entlassung am 10. VI. 99. Wunde geheilt und fast Schwangerschaft ungestört.

Von den 12 beschriebenen Fällen kamen somit 7 während der Schwangerschaft zur Operation, 2 wurden während der Geburt beobachtet und 3 wurden im Wochenbett operiert.

5 mal wurde Stieltersion konstatiert, in 6 Fällen waren mehr oder weniger starke Verwachsungen mit den Nachbarorganen vorhanden.

Bei den 7 während der Schwangerschaft Operierten variieren die Schwangerschaftsmonate.

Von besonderem Interesse sind:

Fall I, der uns die Möglichkeit und den günstigen Erfolg der Ovariotomie auch bei ausgesprochener Peritonitis zeigt. Er zeigt uns auch die Schwierigkeiten, die sich der Diagnose bei derartigen Vorkommnissen entgegensetzen.

Fall III kommt am 14. Tag post operationem infolge peritonitis ad exitum. Trotz grösster Vorsicht konnte nicht verhindert werden, dass sich während der Operation ein Teil des stark stinkenden Eiters der nekrotischen Cyste in die Bauchhöhle ergoss. Die Bauchhöhle wird möglichst sorgfältigst gereinigt, dennoch entwickelt sich das Bild der peritonitis. Schon am 3. Tag nach der Operation erfolgte die Ausstossung der toten Frucht.

Die übrigen während der Schwangerschaft operierten Fälle können im Allgemeinen als typisch in ihrem ganzen Verlaufe bezeichnet werden.

2 von den 12 aufgeführten Fällen kamen während der Geburt zur Beobachtung:

Fall V ist insofern lehrreich, da er uns neben der einen Complikation der Geburt durch Parovarialcyste noch eine zweite, die placenta praeavia, zeigt, die die Wendung auf den Fuss notwendig macht. Das Kind wird tot geboren infolge der starken Blutung und der teilweisen Ablösung der Placenta. Das Wochenbett ist nicht normal, sondern zeigt eine lange Reihe von Temperaturschwankungen und übler Zustände, die deutlich die Symptome der Infektion an sich tragen. Ob die Keime durch die stattgehabte Punktion und eventuelle Cystenentleerung in die Bauchhöhle oder infolge der

Manipulation während der Geburt in den Genitalapparat gelangten, konnte nicht bewiesen werden.

Fall IV zeigt uns die schädlichen Folgen des exspektativen Verhaltens bei einer Ovarialcyste während der Geburt. Obwohl der Tumor richtig erkannt wurde und die Schwangere schon mehrere Tage kreisst, eine spontane Geburt also ausgeschlossen war, wird dennoch abgewartet, ob sich „die Geschwulst nicht spontan zurückziehen" würde. Die Folge ist, dass die Dermoidcyste platzt und ihr Inhalt sich in die Bauchhöhle ergiesst.

Würde nun, wie es der zugezogene Assistent aus der hiesigen Frauenklinik vorschlug, die Laparotomie erfolgt sein, so wäre es nicht unwahrscheinlich gewesen, dass die Patientin gerettet worden wäre. Da jedoch die Operation infolge der Weigerung des Ehemannes und der anderen Aerzte unterblieb, erfolgte schon nach 13 Stunden der exitus letalis.

Dieser Fall lehrt uns, dass man nie die Geburt bei einem bestehenden Ovarialtumor, der den Ausweg verlegt, sich selbst überlassen soll; er lehrt uns ferner, dass bei einer stattgehabten Ruptur der Cyste sofort die Laparotomie angeschlossen werden muss, um eine gründliche Reinigung der Bauchhöhle von dem Cysteninhalt vorzunehmen und dadurch eine peritonitis womöglich zu verhindern.

Während des Wochenbettes wurden 3 Fälle operiert:

Fall II kommt mit den deutlichen Symptomen der peritonitis infolge Stieldrehung in Behandlung. Er wird, wie Fall I, operiert und zeigt eine glatte Reconvalescenz.

Fall IV und VIII wurden trotz bestehender Ovarialtumoren spontan von einem lebenden Kind, — Fall VIII

sogar einigemal entbunden. Während der Schwangerschaft traten bei beiden heftige Schmerzen auf, doch wissen beide Patientinnen nicht, dass sie die Trägerinnen von Eierstocksgeschwülsten sind. Der Arzt und die Hebamme im Fall IV vermuten, da der Leib trotz der Geburt eines Kindes dick bleibt, einen 2. Zwilling; der zugezogene Arzt aus der Klinik diagnosticiert einen Ovarialtumor; die Operation bestätigt diese Diagnose. Bei derselben ergiessen sich reichliche Mengen stinkenden Eiters in die Bauchhöhle. Infolge peritonitis stirbt Pat. Der Tumor wird als malignes enchondrom erkannt.

Die Operation im Fall VIII verläuft gut und Patientin wird nach 3 Wochen als geheilt entlassen.

Nachdem ich nun, wie ich glaube, mein Thema der Hauptsache nach erschöpfend behandelt habe, gestatte ich mir, in Folgendem die Resultate meiner Arbeit in einigen Sätzen kurz zusammenzufassen:

1. Eine Ovarialgeschwulst bei gleichzeitig bestehender Schwangerschaft ist im Allgemeinen als eine Quelle steter Gefahr für Mutter und Kind anzusehen.

2. Die Ovariotomie ist bei derartigen Complikationen als die letzte Therapie zu betrachten.

3. Diese bietet selbst bei schon bestehender peritonitis noch Aussicht auf guten Erfolg.

4. Ist während der Geburt eine Cyste geplatzt, so ist sofort die Ovariotomie anzuschliessen.

5. Kann die Ovariotomie aus irgend welchem Grunde nicht während der Schwangerschaft gemacht werden, so ist sie so bald als möglich nach der Geburt auszuführen.

Zum Schlusse sei mir gestattet, an dieser Stelle die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Hofmeier, für die gütige Ueberweisung des Themas meinen besten Dank auszusprechen.